

University of Groningen

Wat maakt het verschil? Over intensieve orthopedagogische zorg voor jeugdigen met probleemgedrag

Knorth, E.J.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Knorth, E. J. (2005). *Wat maakt het verschil? Over intensieve orthopedagogische zorg voor jeugdigen met probleemgedrag*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Wat maakt het verschil?
Over intensieve orthopedagogische zorg
voor jeugdigen met probleemgedrag

Rede

Uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar
Orthopedagogiek, in het bijzonder de Jeugdzorg
aan de Faculteit der Psychologische, Pedagogische en Sociologische
Wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen
op 24 mei 2005

door

Dr. E.J. Knorth

Meneer de Rector Magnificus,
Leden van het College van Bestuur,
Dames en Heren,

24 mei 2005

Inleiding

***Silvia* is een meisje van 14 jaar dat als kind vaak driftig en tegendraads was. Haar opvoeding vergde veel energie. Op de basisschool krijgt Silvia problemen met de lesstof. Op de middelbare school heeft ze vaak conflicten met de leerkrachten, maar ook met andere kinderen. Ze gedraagt zich onbeheerst. Tegelijk is ze vaak in zichzelf gekeerd. Ze voelt zich afgewezen. Haar resultaten zijn bijzonder zwak. Thuis stapelen de conflicten zich op. Moeder kan niet meer tegen haar onbereikbaarheid. Vader slaat zijn dochter. Er volgt een ondertoezichtstelling. Na een korte periode van zwerven en een suïcide-poging komt Silvia uiteindelijk in een instelling voor residentiële behandeling terecht.**

Wetenschappelijk onderzoek naar jeugdigen met probleemgedrag zoals Silvia vormt één van de drie aandachtsgebieden van de academische orthopedagogiek, zoals die hier vanmiddag achtereenvolgens aan de orde komen. Het orthopedagogisch onderzoek op het eerste terrein, de jeugdzorg, beoogt na te gaan:

- 1) wat typerend is voor de gedrag- en opvoedingsproblemen die deze jeugdigen laten zien, met inbegrip van de factoren en condities waardoor die problemen zijn ontstaan en in stand worden gehouden;
- 2) wat de condities zijn in de vorm van hulp en begeleiding, die kunnen bijdragen tot een opheffing of vermindering tot een aanvaardbaar niveau van deze problemen.

Kenmerkend voor de orthopedagogiek is kennis te willen leveren welke de praktijk van het professioneel orthopedagogisch handelen ten dienste staat.

Het beeld in de media

De praktijk van de jeugdzorg ligt regelmatig onder vuur in de media. Zonder overdrijving kan gesteld worden dat zich vrijwel wekelijks nieuwsfeiten aandienen die

dit veld betreffen. Meestal zijn het geen positieve berichten: cliënten moeten te lang wachten op hulp; de hulp is niet transparant, hulpverleners werken niet goed samen; kinderen belanden in inrichtingen waar ze niet thuishoren; enzovoort. Het is een sector waar de belasting voor de medewerkers – mede hierdoor – hoog ligt.

Toch is het niet alleen maar kommer en kwel in de jeugdzorg. De beeldvorming is wat dat aangaat in feite nogal eenzijdig. Wist u bijvoorbeeld:

- dat de wachtlijst bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling Zuid-Holland in december 2004 was verdwenen, terwijl die in Overijssel in februari 2005 was opgelost ?
- dat vrijwel alle instellingen voor jeugdhulpverlening inmiddels hun hulpaanbod in de vorm van ‘modules’ op papier beschreven hebben ?
- dat het preventieprogramma *Nieuwe Perspectieven* - een programma ter voorkoming van maatschappelijk afglijden van jongeren met een sterk verhoogd risico hierop - in 94 % van de gevallen succesvol was ?
- dat de programma’s voor intensieve pedagogische thuishulp een aanspraak kunnen maken op de claim dat ze ‘werken’ ?

Het beeld in de wetenschap

Tegelijk wil ik niet verhelen dat het de professionele zorg voor jeugdigen met ernstig probleemgedrag vooralsnog *niet* gegeven is alle stoornissen en belemmeringen in hun ontwikkeling als sneeuw voor de zon te laten verdwijnen. Veerman heeft dat, samen met Ten Brink, enkele jaren geleden nog eens duidelijk laten zien. In het betreffende artikel vatten zij de resultaten samen van een 7-tal Nederlandse follow-up studies naar de behandeling – ambulant, via daghulp, of residentieel – van jeugdigen met ernstige gedrags- en opvoedingsproblemen. Bij meer dan de helft van de jeugdigen – gemiddeld 56 % – blijken na afloop van de hulpverlening nog steeds flinke gedragsproblemen aanwezig te zijn. Feitelijk is de kans op het *vóórtduren* van probleemgedrag groter dan de kans op oplossing ervan. Het lijkt geen twijfel dat moeder natuur hier ook een flinke vinger in de pap heeft.

In het algemeen kan gesteld worden dat het *resultaat* van interventies in de jeugdzorg op een niveau ligt dat vergelijkbaar is met dat in andere sectoren zoals het onderwijs of de gezondheidszorg. Een geschatte *gemiddelde effectgrootte* van .40 is niet ongunstig maar ook niet bepaald indrukwekkend. De vraag is of dit toch niet beter kan. Voor een antwoord moeten we weten wat de ‘werkzame bestanddelen’ zijn in de zorg en hulp die geboden wordt. Orthopedagogisch onderzoek kan hierbij een rol spelen. Onderzoek naar wat het proces van hulpverlening nu *feitelijk* inhoudt verdient daarbij meer aandacht.

Om dit duidelijk te maken wil ik eerst iets zeggen over de term ‘resultaat’. Wat bedoelen we daar eigenlijk mee? En hoe wordt er in jeugdzorgonderzoek mee gewerkt? Vervolgens ga ik in op de vraag wat het verschil maakt tussen een meer en minder geslaagde orthopedagogische hulpverlening. Ik zal me in het bijzonder richten op dat deel van de jeugdzorg dat – letterlijk – het meest ingrijpend en intensief is voor kinderen of jongeren en hun ouders: de *residentiële verblijfszorg*. De strekking van mijn verhaal betreft echter ook de andere vormen van jeugdzorg: de ambulante zorg, de daghulp en de pleegzorg.

Residentiële jeugdzorg

Residentiële jeugdzorg is een vorm van 24-uurs hulp met een lange en kleurrijke historie. Dit type hulp mag zich sinds de 70-er jaren van de vorige eeuw niet erg verheugen in een grote populariteit. Onder het sinds eind jaren 1980 geldende beleid van de overheid (Wet op de Jeugdhulpverlening) is het plaatsen van een jeugdige in een tehuis wel zo’n beetje ‘het allerlaatste wat je doet’ geworden. De capaciteit van de residentiële instellingen in de *jeugdhulpverlening* is de afgelopen drie decennia dan ook meer dan gehalveerd.

Desondanks is inmiddels het besef herboren dat orthopedagogische verblijfsvoorzieningen, zowel werkend in vrijwillig als justitieel kader, een onmisbaar onderdeel vormen van het continuüm van zorgvarianten waaruit de jeugdzorg bestaat. Ook internationaal zien we op dit punt een herwaardering. Voor sommige kinderen en jongeren is in bepaalde omstandigheden een tijdelijk verblijf in een residentiële unit, mits van goede kwaliteit, het beste wat hen kan overkomen.

Kijkend naar het aantal jeugdigen dat gebruik maakt van deze 24-uurs voorzieningen gaat het feitelijk om een relatief klein deel binnen het totale jeugdzorgveld: ruim 11 %. Het vormt wèl het deel waarbinnen de jeugdigen worden opgevangen met de meest ernstige en complexe gedrags- en opvoedingsproblemen. Het merendeel van hen betreft adolescenten. Eenderde heeft een allochtone achtergrond.

Resultaat telt

Wij leven in een tijd waarin er binnen de jeugdzorg sprake is van een kentering. Jeugdzorginterventies, ook de residentiële, verliezen hun legitimiteit wanneer er geen wetenschappelijk bewijs bestaat waaruit blijkt dat er positieve resultaten worden behaald. Maar wat zijn dat: positieve resultaten? In de recente literatuur komen we de volgende vier indicatoren veelvuldig tegen:

- geen voortijdige uitval
- probleemreductie
- doelrealisatie
- tevredenheid

De eerste gaat over het proces van hulp, de andere drie over de ‘output’, het uiteindelijk resultaat.

Geen voortijdige uitval

Een eerste voorwaarde om van een positief resultaat te kúnnen spreken is dat de zorg wordt uitgevoerd zoals gepland en niet voortijdig, op negatieve gronden wordt beëindigd; er is dan dus géén uitval. Positief geformuleerd zou je dit, naar analogie van de geneeskunde of psychotherapeutische hulpverlening, *zorgtrouw* kunnen noemen. De onderzoeksgegevens met betrekking tot de mate van zorgtrouw variëren, maar geschat kan worden dat zo’n 50 tot 65 % van de jeugdigen, opgenomen in residentiële voorzieningen, het verblijf beëindigt op een tijdstip zoals dat tevoren was voorzien.

Probleemreductie

Een tweede indicator van een positief resultaat is dat de situatie van de cliënt bij afsluiting van de zorg gunstiger is dan dat deze was bij aanvang: het probleemgedrag van de jeugdige is verminderd; het vermogen om problemen op te lossen is verbeterd; de ouders voelen zich minder onmachtig, ze zijn beter in staat hun taak als opvoeders te vervullen, enzovoort. Variërend met de manier van meten kan het aantal jeugdigen bij wie het probleemgedrag vermindert in de residentiële zorg geschat worden op een getal tussen plm. 35 % en 60 %.

Doelrealisatie

Een derde manier om naar resultaten van jeugdzorginterventies te kijken is te bezien of de doelen die beoogd worden met een zorgaanbod worden bereikt. Van Yperen beschouwt doelrealisatie als een hoofdindicator van de effectiviteit van de jeugdzorg. Zorg voor jeugdigen kan doeleffectief zijn, terwijl de aanvangsproblematiek niet wezenlijk is veranderd of verbeterd. Wanneer de situatie van een cliënt buitengewoon gecompliceerd is en er bijvoorbeeld een groot risico bestaat voor marginalisering (denk even aan Silvia's zwerfgedrag), dan kan een niet verder afglijden van de jeugdige een realistische doelstelling zijn. We weten nauwelijks iets van de mate van doelrealisatie in het residentiële veld.

Tevredenheid

Tenslotte is er dan de vraag of de cliënt te spreken is over de verkregen zorg. Ook de hulpverlener kan zich natuurlijk deze vraag stellen. Bij dit zgn. satisfactieonderzoek is het van belang aan te geven waarop een oordeel precies betrekking heeft. Cliënten kunnen bijvoorbeeld redelijk content zijn met de ontvangen hulp en de wijze van bejegening door pedagogisch medewerkers, terwijl de gedragsproblemen nog bepaald niet zijn verdwenen. Het oordeel van jeugdigen over bejegeningaspecten in de residentiële jeugdzorg is, de keren dat er naar gekeken is in Nederland, redelijk positief.

Toepassing van de verschillende criteria levert niet hetzelfde beeld op. We zien gewoonlijk dat een resultaatscore minder gunstig uitpakt wanneer ‘geobjectiveerde’ criteria worden toegepast dan wanneer afgegaan wordt op een subjectief oordeel. Daarnaast weten we dat het uitmaakt *wie* een oordeel geeft: de jeugdige, de ouders of de hulpverleners. De laatsten zijn vaak het meest kritisch. De conclusie luidt dan ook dat het bij onderzoek naar resultaten gewenst is *meerdere criteria* toe te passen en met *meerdere informanten* te werken. Dit gebeurt echter tamelijk weinig.

Criteria in de praktijk

Uit een meta-analyse van effectstudies naar residentiële interventies, waaraan ik met Annemiek Harder en Tjalling Zandberg momenteel werk, blijkt dat het tweede criterium voor resultaatbepaling – probleemreductie – veruit het vaakst wordt toegepast in wetenschappelijk onderzoek, zowel nationaal als internationaal. Het valt op dat het daarbij primair gaat om het functioneren van de jeugdige; het verbeteren van de opvoedingsomgeving lijkt slechts in geringe mate een punt van evaluatie. De output-criteria ‘doelrealisatie’ en ‘tevredenheid’ vinden eveneens weinig toepassing.

Eénmaal komen we het criterium ‘kwaliteit van leven’ tegen. Dit is een interessant criterium. Het bevat namelijk enerzijds objectief waarneembare kenmerken van de jeugdige en zijn of haar omgeving (denk bijvoorbeeld aan de zwakke schoolprestaties van Silvia of het gemep van haar vader), maar het biedt anderzijds ook ruimte voor subjectieve kenmerken (zoals dat Silvia zich afgewezen voelt op school). ‘Kwaliteit van leven’ zou als een *overkoepelende* graadmeter voor te behalen resultaten vaker kunnen worden toegepast in de jeugdzorg. Het doelrealisatie-criterium kan daarin ‘meegenomen’ worden. Voorlopig staat echter het probleemreductie-criterium centraal.

Wat maakt het verschil?

Nu de vraag die wetenschappelijk en praktisch interessanter is: Waar kunnen we een resultaat aan toeschrijven? Oftewel: Wat maakt het verschil?

Wanneer *Silvia*, nadat zij negen maanden opgenomen is geweest in een residentiële leefgroep drie maanden later – zij is dan weer terug bij haar ouders – duidelijk méér sociaal gedrag laat zien dan bij de start van de opname, waarvan is dat dan een gevolg? Is dat omdat zij een periode lang in een *veilige, prettig leefbare unit* heeft gewoond waarin er *goede pedagogische basiszorg* aanwezig was waardoor zij a.h.w. ‘open bloeide’? Is dat omdat zij deelnam aan een *vaardigheidstraining* waarin ze geleerd heeft zich sociaal vaardiger op te stellen in contacten? Is dat omdat er tijdens het verblijf een aantal *gezinsgesprekken* is gevoerd waardoor de communicatie tussen Silvia en haar ouders duidelijk verbeterd is? Is dat omdat vanuit het tehuis is geregeld dat zij *direct na haar verblijf* als hulpkok in een pannenkoekenhuis kon *gaan werken* en het daar nu geweldig naar haar zin heeft? Is het de combinatie van deze factoren of – wat ook nog kan – hebben de genoemde zaken er eigenlijk niets mee te maken?

Waarom gaat het bij sommige Silvia’s de goede kant op en bij andere Silvia’s, of Robert’s of Achmed’s, niet?

Een residentieel orthopedagogisch raamwerk

Enkele jaren geleden publiceerde in de Verenigde Staten de Algemene Rekenkamer een onderzoeksrapport onder de titel *Residentiële zorg: Een aantal risico-jongeren heeft er baat bij*. Op basis van literatuuronderzoek en raadpleging van deskundigen hebben de onderzoekers elf componenten op een rij gezet, waarvoor wetenschappelijke evidentie bestaat dat zij van betekenis zijn voor het hier bedoelde verschil. Zij beschouwen deze componenten dan ook als bouwstenen voor ‘good practices’. Ik noem ze kort en in volgorde van toegekend belang. Het gaat om:

1. *zorgzaamheid en pedagogisch verantwoord* handelen van groepopvoeders;
2. *een planmatige en doelgerichte aanpak*;
3. bijdragen aan een *positief zelfbeeld* van jeugdigen;
4. gericht zijn op de leefsituatie *na het tehuisverblijf*;
5. versterken van *vaardigheden*; hier hoort ook het onderwijs bij;

6. *coördineren* en ondersteunen van het werk van hulpverleners;
7. betrekken van *gezin en context* van jeugdigen;
8. zorgen voor een *positieve omgangscultuur* in de leefgroep;
9. duidelijkheid van de *leefregels*;
10. het realiseren van *nazorg*;
11. het bieden van een veilige, prettig leefbare, *huiselijke sfeer* in de leefgroep.

Er zit een verband tussen deze componenten. Ik heb ze zo gehergroepeerd en benoemd dat er een bruikbaar raamwerk [zie Bijlage] ontstaat.

- Twee kenmerken – zelfbeeld en vaardigheden – betreffen de toerusting van *jeugdigen zelf* door specifieke hulp en onderwijs.
- Een viertal kenmerken – zorgzaam pedagogisch handelen; omgangscultuur; leefregels; en sfeer in de leefgroep – verwijst naar de *orthopedagogische basiszorg* die in de residentiële setting geboden wordt.
- Eén kenmerk gaat over de activering en ondersteuning van het *contextstelsel*, in de eerste plaats de ouders.
- Twee kenmerken – ‘gerichtheid op de situatie ná verblijf’ en ‘nazorg’ – verwijzen naar het *perspectief* waarin de verblijfszorg wordt geplaatst.
- En tenslotte zijn er twee kenmerken – planmatige aanpak; en coördinatie en ondersteuning van het werk van hulpverleners – die betrekking hebben op de *organisatie* van het proces van hulpverlening.

Het model dat nu ontstaan is kan beschouwd worden als een theoretisch raamwerk voor verder onderzoek. De kernhypothese luidt als volgt: Naarmate de componenten ‘beter’ zijn ingevuld, zal dit het functioneren van jeugdigen en hun ‘kwaliteit van leven’ méér ten goede komen. Met dat ‘beter ingevuld’ doel ik op een *goede afstemming* van de componenten op de problematiek en hulpvraag van de jeugdige en het gezin. Deze afstemming komt, als het goed is, voor een deel al *voorafgaand* aan een verblijf tot stand, namelijk door adequate diagnostiek en besluitvorming, en door de wijze waarop de jeugdige en de ouders betrokken zijn bij de voorbereiding op een plaatsing. Hier is het methodisch principe van het *vraaggericht werken* in het geding. Vanwege de

evidente betekenis van deze voorfase voeg ik de component ‘vóórzorg’ aan het model toe.

Orthopedagogische basiszorg

Het is zéér goed mogelijk de wetenschappelijke kennisbasis voor de verschillende componenten vanuit andere, ook Nederlandse bronnen aan te vullen en te nuanceren. In de schriftelijke versie van mijn verhaal zal ik daar aandacht aan besteden.

Een andere kwestie is of de kennis die in deze bevindingen besloten ligt ook systematisch wordt toegepast in de praktijk. Dát staat te bezien. Zo zijn er bijvoorbeeld duidelijk aanwijzingen dat de component *gezins- en contextgericht werken* in de residentiële sector onderbelicht blijft.

De leefsfeer waarover de orthopedagogiek veel kennis zou moeten kúnnen leveren, de orthopedagogische basiszorg in de leefgroep, is qua empirische bevindingen niet sterk vertegenwoordigd. “Het is opvallend...”, zo schrijft Schuengel “... dat de wetenschappelijke kennis over het *opvoedingsproces in tehuizen* (zo) relatief beperkt is”. Dat is nog opmérkelijker wanneer we beseffen dat juist déze ‘werkingssfeer’ sinds jaar en dag beschouwd wordt als de meest betekenisvolle en invloedrijke voor opgenomen jeugdigen.

Het overgrote deel van de kennis ten aanzien van de orthopedagogische basiszorg is ‘practice based’. Daar is niets mis mee. Sterker, ik ben een groot voorstander van het vastleggen van ervaringskennis op dit domein. Maar ik ben er óók een groot voorstander van – misschien moet ik zeggen: een nog grotere voorstander – om meer *wetenschappelijk* onderzoek te doen naar het hart van de residentiële verblijfszorg: de opvoeding en begeleiding van jeugdigen in de leefgroep.

Tussen haakjes: Deze hartekreet kan zo getransponeerd worden naar de andere variant van 24-uurszorg, de *pleegzorg*; ook daar is meer onderzoek naar het opvoedingsproces gewenst. Gelukkig hebben wij hiervoor Piet Strijker in ons midden.

Anders dan we denken

Dat juist *wetenschappelijk* onderzoek kan laten zien dat het in de praktijk soms anders is dan we denken komt duidelijk naar voren in de volgende drie voorbeelden.

Anders dan verwacht

Binnen de component orthopedagogische basiszorg onderscheiden we ten aanzien van het ‘zorgzaam pedagogisch handelen’ van groepswerkers gewoonlijk twee basisdimensies:

- een dimensie die betrekking heeft op het structureren van de leefsituatie van een jeugdige (kortweg: *structuur*); en
- een dimensie die betrekking heeft op het affectief-emotioneel ondersteunen van een jeugdige (kortweg: *affectie*).

Bij jeugdigen met sterk antisociaal en agressief gedrag wordt wel beweerd dat de gedragsontwikkeling het meest gediend is met veel nadruk op de eerste dimensie en weinig nadruk op de tweede. Uit onderzoek van Van der Ploeg en Scholte blijkt dat de gedragsontwikkeling juist de beste kansen heeft bij een combinatie van een *gemiddelde* nadruk op de structuur- en affectie-dimensie van het pedagogisch handelen. Anders dus dan verwacht.

Anders dan men denkt

Mijn tweede voorbeeld. De Amsterdamse orthopedagoog Van den Berg registreerde m.b.v. video-opnamen niet minder dan 30.000 interacties in verschillende situaties tussen jeugdigen en groepsopvoeders. Zij verzamelde gegevens in twee typen leefgroepen. In het ene type zou een accent liggen op structuur bieden, in het andere type op affectief-emotionele ondersteuning van jeugdigen. Feitelijk bleek dat het pedagogisch handelen van de groepsleiding weinig van elkaar verschilde. Er werd in de praktijk niet gewerkt volgens het model dat men meende toe te passen. Het was dus anders dan gedacht.

Niet alles weten

Mijn laatste voorbeeld betreft een studie naar de ‘kwaliteit van leven’ binnen de residentiële jeugdzorg in Israël. In het onderzoek werden jeugdigen en medewerkers bevraagd op hoe zij aankijken tegen de kwaliteit van leven voor bewoners binnen residentiële settingen.

Het concept ‘kwaliteit van leven’ bestaat uit vier dimensies: een fysiek-materiële, een psychische, een sociale en een culturele. Uit het onderzoek blijkt dat de jeugdigen de kwaliteit van leven wat betreft de fysiek-materiële kant gunstiger beoordelen dan hulpverleners, terwijl zij deze in psychisch opzicht juist óngunstiger beoordelen. Naar aanleiding van dit laatste resultaat vragen de onderzoekers zich af of hulpverleners in residentiële centra zich wel steeds voldoende realiseren met hoeveel intrapsychische nood veel tehuisbewoners te kampen hebben. Hoe dat in ons land is weten we niet.

Conclusie

De black box moet verder open

Ik kom tot een afronding. Er is maar weinig onderzoek in de residentiële zorg voorhanden, waarin *in empirische zin* een verband wordt gelegd tussen aan de ene kant gedrags- en belevingsuitkomsten bij cliënten en aan de andere kant de kenmerken van het hulpverleningsproces zoals dat in werkelijkheid plaats vindt. Onze metastudie, waaraan ik zoëven al refereerde (Harder, Knorth & Zandberg, in voorbereiding) demonstreert dat overduidelijk: in té veel onderzoek wordt de hulp die is onderzocht in té globale termen of helemaal niet beschreven. Daardoor is lastig te traceren wat nu feitelijk de bijdrage is van de verschillende componenten waaruit een residentieel ‘hulparrangement’ bestaat, laat staan welk effect zij sorteren op jeugdigen en gezinnen. We zullen dus werk moeten maken van het beter in kaart brengen van de *feitelijke hulpverrichtingen* in de jeugdzorg. De ‘black box’ moet verder open.

Uitgaande van de aanname dat de orthopedagogische basiszorg zoals die *in de leefgroep* wordt geboden aan jeugdigen de meest doorslaggevende component is in het totaalpakket van interventies, wil ik bepleiten hier in onderzoek méér aandacht aan te besteden.

Samenwerking tussen onderzoekers en praktijk

Onderzoek van dit type vraagt om een goede samenwerking met de praktijk. Daarmee wordt geen gemakkelijke weg gekozen. Praktijkonderzoek vergt bijzondere inspanningen, van twee kanten. Van praktijkwerkers wordt gevraagd onderzoekers in hun keuken te laten kijken en mee te werken bij het monitoren van hun werkzaamheden. Van onderzoekers wordt gevraagd rekening te houden met praktische beperkingen die inherent zijn aan de turbulentie van het uitvoerend werk. Dikwijls zal het nodig zijn dat onderzoekers zelf op locatie zijn.

Ik heb gemerkt in het team jeugdzorg waarvan ik nu ruim een jaar deel uitmaak, dat er groot enthousiasme is voor dit type onderzoek. Ik prijs me daarmee zeer gelukkig. Mijn inzet is erop gericht in samenwerking met hen - met jullie dus -, met studenten en met verschillende praktijkinstellingen onderzoek te doen naar die componenten in het zorgaanbod, die het verschil maken tussen méér en minder geslaagde jeugdzorg.

Ik heb gezegd.